

**授權書**  
**AUTHORIZATION**

**授權披露文件記錄之當事人：**

姓名：姓	名	中間名	出生日期
------	---	-----	------

下列資訊可能有助於找到所需的文件記錄：		曾用名
---------------------	--	-----

當事人身份識別號碼	其他身份識別號碼	服務日期	服務地點
-----------	----------	------	------

**向何人披露：**

姓名：姓	名	中間名	職務
------	---	-----	----

機構或公司名稱（供適用者填寫）			
-----------------	--	--	--

郵寄地址	市	州	郵遞區號
------	---	---	------

電話號碼（包括地區號）	傳真號碼（包括地區號）	電子郵件
-------------	-------------	------

披露之理由			
-------	--	--	--

**授權：**

文件記錄來源：本人授權以下計畫方案管理機構披露或向他人提供有關我的下列機密資料。可以採取的資料提供方式有口頭傳遞，電腦資料傳輸、郵寄、傳真或專人傳遞。

僅限下列機構（請勾選適用者）：

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 老齡及殘障服務管理處   | <input type="checkbox"/> 兒童管理處        |
| <input type="checkbox"/> 經濟服務管理處補助計畫  | <input type="checkbox"/> 兒童贍養科        |
| <input type="checkbox"/> 財務管理處        | <input type="checkbox"/> 青少年康復管理處     |
| <input type="checkbox"/> 醫藥補助管理處      | <input type="checkbox"/> 酒精與毒品濫用管理科   |
| <input type="checkbox"/> 職業康復科        | <input type="checkbox"/> 心理健康科，包括州立醫院 |
| <input type="checkbox"/> 其他：<br>_____ |                                       |

社會福利服務部（DSHS）之所有下屬部門

**文件記錄：**本人授權披露下列文件記錄：

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 上面勾選之由社會福利服務部下屬部門保存之當事人文件記錄 | <input type="checkbox"/> 本人的全部文件記錄  |
| <input type="checkbox"/> 上面勾選之由社會福利服務部下屬部門保存之當事人機密資料 | <input type="checkbox"/> 下列清單中的文件記錄 |
| <input type="checkbox"/> 僅限下列文件記錄                    |                                     |

本人願意按下列範圍（如按日期、文件記錄種類等）對文件記錄之披露加以限制：

**請注意：如您的個案或其機密文件記錄中包含下列資料中之任何一種，則須由您填寫此欄，這些文件記錄才能獲准披露。**

**特殊文件記錄：**我同意披露以下文件記錄（請勾選適用者）：

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 愛滋病毒感染/愛滋病及性傳染病之化驗結果、診斷或治療文件記錄(RCW 70.24.105) |
| <input type="checkbox"/> 心理健康文件記錄(RCW 71.05.620)，包括：                   |
| <input type="checkbox"/> 濫用酒精與毒品(CD)文件記錄 (42 CFR第二部份) 包括：              |

- 此授權書的有效期為  九十天，或者  至 \_\_\_\_\_ (日期或事件) 為止。
- 本人可以隨時以書面形式撤回或取消此授權書，但已被披露之資料不受影響。
- 本人理解，我的文件記錄在此次被披露後，可能已不受適用於社會福利服務部之法律所保護。
- 此表格之副本將有效證明本人已同意披露這些資料。社會福利服務部可因提供文件記錄副本而收取費用。

授權人（簽名）	簽名日期	電話號碼（包括地區號）
---------	------	-------------

授權人姓名	證人/（如適用）公證人（姓名及簽名）
-------	--------------------

如本人不是該文件記錄之當事人，我已獲授權簽名，因為我是：（請附授權證明）

未成年人之家長       法定監護人       個人代表       其他：

**接受資料者請注意：**如該文件記錄中包含關於愛滋病毒感染、性傳染病，或者濫用酒精與毒品方面的資訊，根據聯邦及州法律，若無當事人的特別許可而且不符合特定的法律要求，您不得進一步披露該項資料。

## 授權書表格填寫說明

**目的：**當您想授權社會福利服務部將您的機密資料向他人（包括律師、議員或親屬）披露時，應使用此表格。您可以允許社會福利服務部將有關您的全部機密文件記錄向人披露，也可將您的允諾只限於某些文件記錄或一部份機構。此表格也將允許社會福利服務部將您的狀況以口頭方式與您所授權的人進行討論。

**當事人注意：**社會福利服務部所保存的資料多數為機密資料。除非得到您的允諾或者為法律所允許，不得向他人披露這些資料。您應該知道，在社會福利服務部向他人披露您的機密資料後，獲得這些資料的人可能無需再按照適用於社會福利服務部的法律規定而繼續對您的文件記錄保密。即使您不簽署此授權書，社會福利服務部也不能拒絕您享受福利的資格，除非在確定您的福利資格時需要您的授權。關於社會福利服務部如何與他人共同使用當事人的機密資料，以及您的隱私權問題，請查閱社會福利服務部關於隱私權實施之通知，或者詢問向您發送此表格的工作人員。

**使用方法：**此表格可用電子列印方法填寫，亦可手寫。如使用電腦打字，請按TAB鍵，將游標移至不同欄目。**在索取文件記錄時，必須為每一位當事人（包括兒童在內）分別填寫一份表格。**「您」係指文件記錄的當事人。

### 表格之各部份：

#### 授權披露文件記錄之當事人的身份資訊：

- **姓名：**填寫您的完整姓名。如果您代他人填寫表格，則請填寫該文件記錄當事人之姓名。
- **出生日期：**請包括所要求的這項資訊，以便將您與同名同姓者相區別。

#### 為了有助於查找文件記錄而自願填寫的項目：

- **曾用名：**包括當事人在接受福利與服務時曾使用過的其他名字。
- **當事人身份識別號碼：**請填寫社會福利服務部曾指派給當事人的任何號碼。
- **其他身份識別號碼：**包括社會安全號碼，或者有助於查找社會福利服務部文件記錄之其他身份識別號碼。
- **服務時間和地點：**提供此項資料將有助於社會福利服務部查找您要披露的文件記錄。

#### 文件記錄的接受者：

- **身份識別：**請盡量完整填寫此欄，以便我們聯絡這位需要查閱您機密資料的人或者機構。
- **披露理由：**必須提供這一資訊，社會福利服務部才能讓其他人員或機構使用本部保存的濫用酒精與毒品或心理健康方面的文件記錄。若您不填寫此欄，社會福利服務部將以您的要求作為披露該資料之理由。

#### 授權：

- **社會福利服務部之下屬部門：**如果您要求對社會福利服務部之下屬部門披露文件記錄，請標選社會福利服務部之下屬部門；如果您要求披露社會福利服務部所保存的您的全部文件記錄，請標選此欄最下面的方框。如果計畫方案的名稱不在清單之列，請將該計畫方案的名稱填寫在「其他」欄內。
- **被披露之資料：**請寫明您要求披露哪些文件記錄。您可以同意披露社會福利服務部所保存之您的全部或部份個案文件記錄。您亦可以對披露個案文件記錄設立限制，僅同意披露上一欄中所勾選的單位所保存之個案文件記錄，或者僅同意披露此表格中或在由您簽署的附件中具體列明的那些文件記錄。如果對要披露的個案文件記錄有所限制，請列明具體的文件記錄，或者說明您的限制條件，例如按照服務日期設限或者按照文件記錄的種類設限。
- **受限制之文件記錄：**如果任何文件記錄中有關於愛滋病毒感染/愛滋病、性傳染病化驗或治療的資料，或者關於心理健康治療，或毒品與酒精誠除服務之資料，則您必須勾選該項，以示同意社會福利服務部披露這些文件記錄。對於心理治療文件記錄得披露您的披露，根據45 CFR 164.508(b)(3)(ii)規定，您必須另外填寫一份表格，以授權披露該資料。
- **有效期：**此表格僅授權披露社會福利服務部當前所保存的資料。您的准許於簽名後九十天失效，或者於您所規定的日期失效。根據RCW 70.02.030之規定，一個健康護理提供者對您未來健康護理資料之披露，僅限於九十天內。您在任何時候皆可以書面形式撤回您對文件記錄披露之授權，但如要收回已被披露之資料，則已為時過晚。
- **付費：**按照關於公開披露機密之法律RCW 42.17.260及WAC 388-08-080之規定，社會福利服務部可以對文件記錄之副本及郵資收取費用。州立醫院及健康護理設施可根據RCW 70.02章規定對提供病人文件記錄徵收更高的費用。

#### 簽名：

- **如您是文件記錄之當事人：**您須在下面簽名並工整書寫自己的名字。此外還須填寫簽名日期及您的電話號碼或聯絡號碼。
- **如您代他人簽名：**請在最後一行寫明您可以代簽的理由，並隨附一份法院頒令或其他法律授權文件。兒童在超過可簽署同意書的法定年齡後，也須在允許披露其機密文件記錄的同意書上簽名（對於心理健康及毒品與酒精誠除服務之法定年齡定為十三歲；對於愛滋病毒感染/愛滋病或其他性傳染病之法定年齡定為十四歲；對於節育及墮胎無法定年齡限制；對於健康或其他文件記錄之法定年齡定為十八歲）。
- **證人或公證人：**如您不親自遞交此表格，或者某個計畫方案要求有證人核實，則可能再需要一名證人或公證人來認證您的身份。此人須在授權書上簽名並工整書寫自己的名字。

**社會福利服務部請注意：**如此項文件記錄含有愛滋病毒感染或性傳染病資料，社會福利服務部必須通知取得資料的人，該資料為機密資料，如果沒有RCW 70.24.105(5)所要求的明確授權，他們不能進一步向外披露。如果社會福利服務部在此授權書授權下，寄出有關毒品或酒精誠除服務文件記錄之副本，則根據42 CFR 2.32之規定，必須在披露資料之同時包括以下聲明：

向您披露之此項資料係從受聯邦機密條例(42 CFR第二部份)保護之文件記錄中取得。聯邦條例嚴禁您將此資料作進一步披露，除非得到該資料當事人以書面形式明確表達的允諾，或者按照42 CFR第二部份之規定屬於合法披露。同意披露資料或其他資訊之一般授權書不足以用作進一步披露的依據。聯邦條例禁止使用該類資料對濫用酒精或毒品的病人進行刑事調查或起訴。